

## O-11-47

### 当院におけるCOPD患者に対する教育入院の取り組み

伊勢赤十字病院 医療技術部 リハビリテーション課<sup>1)</sup>、看護部<sup>2)</sup>、呼吸器内科<sup>3)</sup>

○千住 雄一<sup>1)</sup>、川端 佑果<sup>1)</sup>、鶴川 瑛司<sup>1)</sup>、松並 峰子<sup>1)</sup>、  
出口 香理<sup>2)</sup>、伊豆 由紀<sup>2)</sup>、笹野 元<sup>3)</sup>、近藤 茂人<sup>3)</sup>、  
谷川 元昭<sup>3)</sup>

【はじめに】 COPDガイドラインで呼吸リハビリテーション（以下、呼吸リハビリ）の重要性が明確に指摘され、運動療法や薬物療法、栄養管理指導等、他職種による包括的呼吸リハビリが推奨されている。また、包括的患者教育は、健康関連QOLやMRC scaleの改善、入院回数の減少効果、緊急医療の利用率低下で示されている。そこで、当院でも2015年1月より医師、看護師、理学療法士が中心となり、COPDやIPFの患者に対し10日間の教育入院を開始した。今回、我々はCOPD患者における当院での教育入院の取り組みや運動療法に着目した効果を報告する。

【対象と方法】 対象は、2015年1月から同年12月までの期間で、当院呼吸器内科にて教育入院プログラムを修了したCOPD患者5名とした。プログラム内容は、運動療法、薬物指導、栄養指導、生活指導等、包括的呼吸リハビリプログラムを10日間の入院にて実施。評価項目は、1)等尺性膝伸筋力2) NRADL 3) 6分間歩行試験 4)m-MRC scale 5) CATを呼吸リハビリ開始時及び退院時、退院後6ヶ月目に評価し、比較・検討した。

【結果】 呼吸リハビリ開始時と比較し、退院時、退院後6ヶ月では、等尺性膝伸筋力、NRADLの得点、6分間歩行距離、m-MRC scale、CATの評価項目において維持又は、改善される傾向が見られた。しかし、退院時と退院後6ヶ月の比較では、6分間歩行距離の短縮とCATの得点の悪化が見られた。

【まとめ】 教育入院を通して、筋力や運動耐容能といった身体機能の向上だけでなくADLやQOLの向上も見られたことから、当院の教育入院は一定の効果があったと考える。しかし、長期の経過とともに退院時の運動耐容能やQOLの低下も見られたため、今後のフォローも踏まえ検討していく。

## O-11-49

### 頸部リンパ節廓清術後患者における在宅生活上の問題点の把握

大津赤十字病院 リハビリテーション科部

○常深 真一<sup>1)</sup>、山本 朋子<sup>1)</sup>、山崎 舞<sup>1)</sup>、木林 葉志<sup>1)</sup>、山田沙也加<sup>1)</sup>、  
宇野 文香<sup>1)</sup>

【はじめに】 頸部リンパ節廓清術後のリハビリテーションにおいて、上肢挙上や肩の違和感を悪化させないために、退院後の生活における注意点の指導は特に重要であると考えている。そこで、退院に向けた生活指導を充実させる為、退院後の生活上の問題点把握を目的に、退院後の患者に対し口頭質問群2名、アンケート調査群3名の計5名に情報収集を行ったのでその結果を報告する。なお、発表の同意は患者から得ている。

【症例】 全症例手術にて副神経を温存。口頭質問群:30代と60代女性。アンケート調査群:30代と50代男性、40代女性。

【調査方法】 口頭質問群:方法は直接本人より聴取。アンケート調査群:方法は調査票を自宅に郵送、本人に記入後返送。

【結果】 口頭質問群:30代女性、掃除機の使用により一時的に上肢挙上困難となった。術後4か月時、掃除機の使用で軽度上肢の重さを感じるが、上肢は挙上可能であった。60代女性、調理時上肢の疲労感が増したが、そのことを床に置くことで上肢の疲労感を軽減できた。アンケート調査群:肩の違和感が増強しやすかった動作は洗体、物干し、更衣、仕事時であった。

【考察】 口頭質問群からは、肩の違和感や上肢挙上不全は経時的に起こりにくくなり、かつ、生活の工夫をすれば肩の違和感が軽減することが分かった。また、アンケート調査群からは、肩の挙上角度を要する生活動作ほど、肩の違和感や上肢挙上不全が増強することが分かった。今後さらに情報を集積して退院後予測される生活上の問題点をより明確にし、その問題点を改善する方法を確立する必要性があると考えられた。

## O-12-26

### 保持力から見た医療機器に使用するテーブルタップの評価

旭川赤十字病院 医療技術部 第二臨床工学課<sup>1)</sup>

旭川赤十字病院 医療技術部 第一臨床工学課<sup>2)</sup>、旭川赤十字病院 医療技術部<sup>3)</sup>

○小野寺哲兵<sup>1)</sup>、増子 真人<sup>1)</sup>、前田 愛梨<sup>1)</sup>、黒田 恭介<sup>1)</sup>、  
細矢 泰孝<sup>1)</sup>、白瀬 昌宏<sup>1)</sup>、太田 真也<sup>1)</sup>、貝沼 宏樹<sup>2)</sup>、  
佐藤あゆみ<sup>1)</sup>、奥山 幸典<sup>2)</sup>、飛鳥 和幸<sup>1)</sup>、陶山 真一<sup>2)</sup>、  
脇田 邦彦<sup>3)</sup>

【はじめに】 医療現場においてテーブルタップを使用せざるを得ない状況があるが、保持力の低下や接触不良の発生も散見される。当院にて医療機器に主に使用されている3種のテーブルタップにおいて刃受け幅と保持力から評価を行った。

【対象と方法】 4連ロックなし型（以下S型）13台、4連ロック付き型（以下L型）10台、ロックなしコンセント2個口×2個取付型（以下W型）9台を対象とした。刃受け幅はノギスで測定し、保持力はJIS T 1021に則り吊りばかりにて各5回の平均値を測定値とした。

【結果】 S型における保持力は463±156kgfであり、刃受け幅と保持力に相関がみられた( $r=0.72, p<0.05$ )。接触不良があったものでも保持力は188±0.12kgfでありJIS規定範囲内にあった。L型におけるアンロック時の保持力は368±0.78kgfと規定範囲内であり、刃受け幅と保持力に相関がみられた( $r=0.46, p<0.05$ )。しかし、ロック時の保持力は全て範囲上限を超えていた。W型の刃受け幅と保持力も相関関係にあり( $r=0.36, p<0.05$ )、4.22±0.42kgfと規定範囲内であった。

【考察】 S型は、保持力が規定範囲内にあるものでも刃受け幅が広く、ボッチに引っ掛かることで保持力が維持され、接触不良が起こるものもあった。L型は、ロック時の保持力は規格範囲以上と強すぎ、アンロック時には刃受け幅から見ると接触不良発生の原因となり得る。W型は刃受け幅も狭く、規格範囲内の保持力を有しており、保持力低下時にはコンセント部の交換も可能である。

【結語】 保持力の観点からみた場合、医療機器使用時には安全性や管理面からS型もしくはW型が望ましいと考えられた。

## O-11-48

### 繰り返す不顕性誤嚥性肺炎に対して声門閉鎖術を施行した一例

松江赤十字病院 リハビリテーション課<sup>1)</sup>、松江赤十字病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科<sup>2)</sup>

○井 浩之<sup>1)</sup>、木下 香織<sup>1)</sup>、伊藤 和行<sup>2)</sup>

【はじめに】 唾液の不顕性誤嚥による肺炎を繰り返す症例に対して、様々な保存的治療を試みるが奏功せず、声門閉鎖術を施行し、ADLの改善がみられたので報告する。

【症例】 70歳代男性、約2年半で通算11回の誤嚥性肺炎を繰り返す。

【身体状況】 若い瘦すすんでいる（BMI13.0、Alb2.3）。右片麻痺、気息性嘔声、自己喀痰困難。

【既往歴】 自然気胸、頸椎損傷、脳梗塞（右片麻痺）、胸部下行・腎下部大動脈人工血管置換術。

【社会資源】 要介護5、週2回訪問看護、訪問リハビリ（OT、ST）、月1回訪問歯科。

【入院歴】 妻、長男夫婦の4人暮らし。主介護者は元看護師の妻。

【ADL】 全介助。起き上がり、端座位時に血圧低下あり。食事はミキサー食、水分はとろみ。

【経過】 入院の度に嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査で嚥下機能評価を実施するが、食物の嚥下では明らかな誤嚥を認めず。不顕性誤嚥を疑い、ビオクタニンテスト施行し、夜間の唾液誤嚥が認められた。唾液誤嚥の対策で訪問歯科などでの口腔ケアの徹底や就寝時の体位指導、エアマットの導入を行った。嚥下惹起の遅延、咽頭残留が認められ、対策として訪問STでの定期的な訓練及び評価や自宅での自主訓練の継続を行うが、誤嚥性肺炎での入院を繰り返す。保存的な治療では不顕性誤嚥の防止は困難と判断され、ご家族の同意のうえ、声門閉鎖術を施行。術後は起立性低血圧が改善され、座位保持がセッティング、立位は軽介助、歩行訓練が可能となる。また、食事、整容は自力で可能となる。術後3か月でリハビリ目的のため転院となり、その後自宅退院。最終的な食形態は粥と普通副食、水分はとろみなし。術後約8ヶ月で体重が7キロ程度増加した。

【考察】 声門閉鎖術施行により、唾液の不顕性誤嚥が防止され、栄養状態及びADLの大幅な改善に寄与した。

## O-11-50

### 超高齢者（85歳以上）の肢体不自由身体障害者手帳作成上の問題点

名古屋第一赤十字病院 整形外科

○大澤 良充<sup>1)</sup>、井上 英則<sup>1)</sup>

人口の高齢化に伴い平均寿命を超えた超高齢者（85才以上）の肢体不自由身体者手帳診断書の作成が増えている。身体障害者福祉法は昭和24年に公布されているが、この時代の日本人の平均寿命は昭和25年で男性56歳、女性59歳であり、今の高齢化時代は想定されていない。その後何度か改定は加えられられるものの、等級の根拠となる肢体不自由の状態は健康寿命以内の健常者を基準としたものであり、そのまま超高齢者に当てはめることはできない。今後人口の高齢化は更に進むことは確実であり、超高齢者の肢体不自由身体障害者診断書の作成も増加するものと思われる。肢体不自由身体障害者手帳診断書の等級は四肢の切断、短縮、関節拘縮などの器質的病態に対するものと、歩行能力、巧緻運動などの機能的病態に対するものが混在している。超高齢者といえども器質的病態は健康寿命以内の人と同じように判定できるが、機能的病態は個人差が大きく超高齢者の正常ADLを規定することは非常に困難である。また最近では肢体不自由の原因となった器質的疾患（脳血管障害、外傷、関節変性疾患）のない廃用症候群の診断書も散見される。超高齢者では廃用症候群と老衰の区別がつけられないのが現状である。以上の観点から超高齢者に対する身体障害者手帳作成における問題点について検討する。

## O-12-27

### 間欠型空気圧式マッサージ器における電源コードのアースピン抜け事例と対応

横浜市立みなと赤十字病院 臨床工学部 臨床工学課

○津屋 喬史<sup>1)</sup>、中田 愛美<sup>1)</sup>、下澤 将太<sup>1)</sup>、佐藤 健朗<sup>1)</sup>、吉田あやめ<sup>1)</sup>、  
森下 和樹<sup>1)</sup>、宮島 敏<sup>1)</sup>、小林 隆寛<sup>1)</sup>、岡田 直樹<sup>1)</sup>、鍋木 聡<sup>1)</sup>、  
大谷 英彦<sup>1)</sup>、皆川 宗輝<sup>1)</sup>

【事例】 当院で採用している村中医療器（以下メーカー）社製間欠型空気圧式マッサージ器フットロン・エクセル（以下フットロン）に関して2014年4月から2014年6月までの期間において電源コードのアースピン根元部分が折れたことでピンが抜ける「アースピン抜け」が12件発生した。

【目的】 フットロンの電源コードのアースピン抜けの原因を解明し、医療安全の向上を計ることを目的とした。

【方法】 2013年度におけるその他医療機器の電源コードのアースピン抜けの全件数とフットロンのアースピン抜け件数との比較を行った。そして、2014年7月にメーカーに事例報告、並びに対策について協議した。

【結果】 2013年度におけるその他医療機器のアースピン抜け件数は6件であり、フットロンのアースピン抜け件数12件は、他医療機器と比較し、多い件数であった。メーカーとの協議後、メーカー側よりホスピタルグレードの電源コードに変更する提案がされ、2015年3月までに全32台をホスピタルグレードの電源コードへの交換を完了した。以後、同様の事例は現在まで発生していない。

【考察】 交換前の電源コードはアースピン根元部分が細い構造であり、頻回の使用による劣化でアースピン抜けが発生したと考えられた。一方、ホスピタルグレードの電源コードはJIS規格 T1021に示されている「耐異常引抜試験」が実施されており、アースピン根元部分が太い構造をしている。このことが現在までアースピン抜けが発生していない要因であると考えられる。

【結語】 機器管理業務の中で、機器の問題点を特定し、メーカーに事例報告、並びに対策検討を働きかけたことにより、医療安全の向上につながった。

10月21日(金)  
一般演題(口頭) 抄録